

# 寿县残疾人联合会文件

寿残字〔2026〕6号

## 关于申报 2026 年困难精神残疾人药费补助 工作的通知

各乡镇残联：

为加快推进困难残疾人康复工程项目实施，现就申报 2026 年困难精神残疾人药费补助事宜通知如下：

### 一、补助对象

最低生活保障对象、脱贫人口、防止返贫致贫对象和录入公安机关治安重点人管理信息系统的困难精神残疾人。

### 二、申报时间

2026 年 4 月 20 日前。

### 三、申报材料

#### （一）已享受补助人员

1. 最低生活保障对象、脱贫人口和防止返贫致贫对象，填写上报《困难精神残疾人药费补助审批表》；

2. 录入公安机关治安管理人员，填写上报《困难精神残疾人药费补助审批表》，同时提供所在乡镇派出所出具的证明。

**(二) 新增补助人员填写及提供以下证明材料:**

- (1) 《困难精神残疾人药费补助审批表》;
- (2) 精神类别残疾人证;
- (3) 低保证、脱贫手册和防止返贫致贫对象证明;
- (4) 近一年内相关门诊或住院病历等证明材料;

附件: 1. 困难精神残疾人药费补助审批表  
2. 困难精神残疾人药费补助汇总表



附件 1

## 困难精神残疾人药费补助审批表

县(市、区) \_\_\_\_\_ 乡镇(街道) \_\_\_\_\_ 村(社区) \_\_\_\_\_

姓名		性别		残疾人证号	
经济状况	<input type="checkbox"/> 1. 低保户 <input type="checkbox"/> 2. 家庭经济困难				
医保情况	<input type="checkbox"/> 1. 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2. 民政医疗救助 <input type="checkbox"/> 3. 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 4. 无医疗保险				
银行账号或一卡通号	开户行: 账号:				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人承诺	一、保证药费补助金按规定使用; 二、监护病情,督促病人按时服药、体检和复查; 三、自觉履行监护职责,接受社会各界监督。 <div style="text-align: right;">                     监护人签名:                      _____                      年 月 日                 </div>				
乡镇(街道)残联意见	<div style="text-align: right;">                     审核人: _____ (乡镇残联理事长)                      公章                      _____                      年 月 日                 </div>				
县(市、区)残联审批意见	<div style="text-align: right;">                     审核人: _____                      公章                      _____                      年 月 日                 </div>				

注:本表由县(市、区)残联存档。

附件 2

困难精神残疾人药费补助汇总表

\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_乡镇(街道)

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

序号	姓名	性别	残疾人证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						